# 被保険者<br>被扶養者　療養費支給申請書(立替払い)

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者が記入するところ | 被保険者証の記号と番号 | 記号 | | 被保険者氏名 | (ﾌﾘｶﾞﾅ) | | |
| | | 番号 | | | | | |
| | 事業所の名称と所属 | (電話) | | (所属)<br>(内線) | | | |
| | 申請が被扶養者に関するときはその者の | 氏名 | | 生年月日 | 年　月　日 | 被保険との続柄 | |
| | 傷病名 | | | 発病又は負傷の年月日 | 年　月　日 | | |
| | 発病又は負傷の原因 | | | | | | |
| | 診療内容(いずれかに✓) | □診療・投薬　□調剤薬局　□その他(　　) | | | | | |
| | 傷病の経過(いずれかに✓) | □ 順調　□治癒　□治療中　□その他(　　) | | | | | |
| | 診療を受けた病院等の名称・住所 | 名称 | (診療に従事した医師の氏名) | | | | |
| | | 住所 | | | | | |
| | 診療に要した費用の額 | 円 | | 保険証交付年月日 | 年　月　日 | | |
| | 診療を受けた期間 | 自　年　月　日<br>至　年　月　日 | 日間 | 入院の場合　入院期間<br>自　年　月　日<br>至　年　月　日 | (　日間) | | |
| | 療養の給付を受けることができなかった理由(いずれかに✓) | □保険証発行中のため　□保険証を携帯していない時に急病のためやむを得ず医療機関にかかったため<br>□その他(　　) | | | | | |
| | 第三者の行為によって負傷したものか否か | ある　・　ない | | その事実の届出の有無 | ある　・　ない | | |
| | | | | 第三者の氏名と住所(不明のときはその旨) | | | |
| | 上記のとおり申請いたします。　年　月　日<br>〒　－<br>住所<br>被保険者　電話(　)<br>氏名　㊞ | | | | | | |

【給付金の支払について】

**①在職の被保険者**：給与と合わせて会社から振り込まれます。委任状に記入、捺印してください。

| | | |
|---|---|---|
| 委任状 | 本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 | 年　月　日 |
| | 被保険者<br>(申請者) | ㊞　※被保険者が記入するところと同じ印 |

**②任意継続被保険者**：取得時に指定された被保険者の口座に振り込まれます。(口座の記入は不要)

**③退職者(任意継続被保険者除く)**：口座情報を記入して下さい。指定された口座に振り込まれます。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 支払金融機関 | 銀行<br>信用金庫 | | 本　店<br>支　店 | 普通　・　当座 |
| | フリガナ | | 口　座　番　号 | |
| | 口座名義<br>(被保険者名義) | | | |

【添付書類】
医療機関等が発行する診療報酬明細書(原本)及び領収書(原本)

受付日付印

【注意】
・診療報酬明細書は医療機関窓口で発行を依頼してください。精算時に受け取る診療明細書ではありません。
・診療年月ごとに申請してください。

【送付先】※社内便は黄色のInter Office Mail、社外は書留郵便もしくはレターパックをご利用ください。
社内便の場合:SGT/CC不要/マイクロソフト健康保険組合
社外の場合:〒108-0075
東京都港区港南2-16-3　品川グランドセントラルタワー
マイクロソフト健康保険組合

マイクロソフト健康保険組合 理事長　殿